REVUE
DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

DIRECTEURS : MM.

OLLIER
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Lyon,
Membre correspondant de l'Académie des sciences.

VERNEUIL
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie des sciences.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

NICAISE
Professeur agrégé
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière,
Membre de l'Académie de médecine.

ET

F. TERRIER
Professeur
à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Bichat,
Membre de l'Académie de médecine.

QUATORZIÈME ANNÉE. — N° 9. — 10 SEPTEMBRE 1894.

EXTRAIT

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1894

CONTRE
Maux de gorge, Aphtes,
Extinction de voix, Angine, etc.

GARGARISME SEC
du Dr WILLIAMS

UTILE
aux Orateurs, Professeurs,
Chanteurs, Conférenciers, etc.

Ce Bonbon composé d'Extrait de mures et de roses rouges renferme 0,05 de Bi-Borate de Soude et 0,001 de Chlorophyrate de Cocaïne pur.— Il présente sur les gargarismes liquides l'immense avantage : 1° d'être très portatif et par conséquent de pouvoir être utilisé à tout moment et en tous lieux ; 2° de rester plus longtemps en contact avec les parties malades et d'atteindre plus avant dans la gorge. Il tonifie les muqueuses, déterge les parties excoriées et calme les inflammations existantes.

DÉPOT : ***PHARMACIE NORMALE :*** 19, Rue Drouot, PARIS.

BAGNÈRES DE BIGORRE

Grande Station Thermale des Pyrénées

EAUX SALINES

Sulfatées-Calciques-Arsenicales

Source Sulfureuse de Labassère

La plus richement minéralisée des sulfureuses sodiques

STABILITÉ COMPLÈTE

EXPORTATION DES EAUX :

40 Centimes

LA BOUTEILLE DE QUART DE LITRE
par caisses de 25 bouteilles.

En Gare de Bagnères.

LETTRES ET TÉLÉGRAMMES :
Directeur des Thermes, Bagnères-de-Bigorre.

MALADIES DE POITRINE
SIROP
D'HYPOPHOSPHITE DE CHAUX
DU Dr CHURCHILL

Sous l'influence des hypophosphites, la toux diminue, l'appétit augmente, les forces reviennent, les sueurs nocturnes cessent et le malade jouit d'un bien-être inaccoutumé. *Prix : 4 fr. le flacon.*

Pharmacie SWANN

PARIS. 12, Rue Castiglione, 12, PARIS

ANÉMIE CHLOROSE

FIÈVRES CONVALESCENCES

80c
LA BOUTEILLE

OREZZA

SOURCE

COLOMBA

CARBONATE de FER 0gr 51

ACIDE CARBONIQUE 1gr 906

ADMon 80, Bd St MICHEL. PARIS.

(Savoie)

BRIDES

EAU
toni-purgative
dépurative et reconstituante

SELS NATURELS

obtenus par évaporation

PURGATIFS DÉCONGESTIONNANTS
et Diurétiques

Dyspepsie, Gastralgie, Maladies du Foie et des Reins, Obésité, Constipation, Circulation du sang, Diabète, etc.

Chez tous les Pharmaciens.

FARINE LACTÉE NESTLE

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** *est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.*

En outre, pour les **adultes convalescents** *ou* **valétudinaires,** *cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.*

CHRISTEN Frères, 16, rue du Parc-Royal, PARIS, et dans toutes les Pharmacies.

TUMEUR DERMOIDE

DU

MÉDIASTIN ANTÉRIEUR

DU MÊME AUTEUR :

Considérations cliniques sur les plaies de la face par armes à feu. Thèse inaugurale, grand in-8° avec figures, 73 pages, 1871, Pichon, éditeur, Paris.

Le vaccin humain. Petit in-8°, 68 pages, 1880, imp. Gounouilhou, Bordeaux. Médaille d'or (Académie de médecine).

Contribution à l'histoire des maladies du soldat dans les garnisons. Gr. in-8°, 120 pages, 1880, imp. Gounouilhou, Bordeaux.
Médaille de bronze (épidémies). Académie de médecine.

Deux observations d'empoisonnement par l'acide phénique du commerce. Recueil de mémoires de médecine et chirurgie militaires, tome 36, 1880.

Étude statistique et médicale du département de Tarn-et-Garonne. Grand in-8°, 50 pages, 1881, imp. Mentaubin, Toulouse.

Quelques considérations sur la vaccine. Journal de médecine de la Loire. Saint-Étienne, 1883.

Observation de vaccine généralisée. Archives de médecine et de chirurgie militaires, tome 18, 1884.

Observation de tumeur dermoïde du plancher buccal. Revue de chirurgie, 1884.

Note sur un cas de névralgie ophtalmique du trijumeau. Revue de médecine, 1888.

Les eaux alimentaires de la garnison de Cherbourg. Manuscrit (Académie de médecine), 1889, en collaboration avec le Dr Collignon.
Médaille d'argent (épidémies). Académie de médecine.

Gangrène symétrique par congélation dans le cours d'une grippe infectieuse. Revue de chirurgie. Septembre 1892.

Note sur une modification au système des vitres parallèles pour l'aération automatique des chambres. Revue d'hygiène, t. XV, n° 3, 1893.

Des conditions de l'hygiène à Beauvais. Imp. Schmutz, Beauvais 1892. XVI-256 pages avec planches, cartes, dessins, courbes graphiques coloriées et 32 tableaux.
Mémoire couronné par l'Institut (Académie des sciences) (Prix Mirclyon) et par l'Académie de médecine (Prix Vernois).

Abcès froids osseux tyhoïdiques. Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie. Juillet 1894.

Un cas de tuberculôme lingual (avec 3 fig.). Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie. Août 1894.

Le typhus dans l'Oise en 1893. Manuscrit (Archives du Comité technique du service de santé, 7e direction (Ministère de la Guerre).

Coulommiers. — Imp. Paul Brodard.

A Mr le Dr Toupault, souvenir et hommage à propos de son passage au 51e d'inf.
Beauvais 28 août 96
Dardignac

TUMEUR DERMOIDE

DU

MÉDIASTIN ANTÉRIEUR

PAR

Le Dr J.-J.-A. DARDIGNAC

Médecin-major de 1re classe du 51e Régiment d'infanterie,
Lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine,
Médecin en chef des salles militaires de l'hospice de Beauvais.

Extrait de la *Revue de Chirurgie*
(N° de Septembre 1894.)

PARIS
ANCIENNE LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie
FÉLIX ALCAN, ÉDITEUR
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

1894

TUMEUR DERMOÏDE DU MÉDIASTIN ANTÉRIEUR

Par le Dr J.-J.-A. DARDIGNAC
Médecin-major de 1re classe.

En consultant le traité des Kystes congénitaux de MM. Lannelongue et Achard (1886) et le travail plus récent de M. Marfan (Gazette hebdomadaire, 15 août 1891, n° 33) à propos de sa communication à la Société anatomique de Paris; enfin, en revisant soigneusement la bibliographie relative aux faits connus de kystes dermoïdes du médiastin antérieur, nous avons pu réunir 22 observations indiscutables, nous a-t-il semblé, de cette rare affection congénitale. Nous résumons plus loin l'histoire particulière de tous ces cas. On verra qu'il s'est agi, à peu près toutes les fois, de découvertes d'amphithéâtre, de résultats nécropsiques poursuivis pour trouver l'explication d'accidents graves, de désordres échappant à l'action médicale et liés, sans conteste, au développement de la production morbide méconnue qui, finalement, occasionna la mort.

L'histoire du malade qui motive cette note est la relation d'un kyste pili-sébacé de la cavité thoracique, pris d'abord pour un kyste hydatique de la plèvre ou du foie (la chose était discutable), et où le diagnostic vrai fait sur la table d'opération nous conduisit, en raison de l'impossibilité de l'extirpation totale de la poche, à rechercher une guérison relative de notre malade par l'établissement d'une fistule permanente qui, aujourd'hui (l'opération date de huit mois déjà), après avoir suppuré abondamment, manifeste une tendance à l'occlusion, par bourgeonnement du fond à la surface, sous l'influence des caustiques et des antiseptiques.

Observation. — Le 18 juin 1893, nous recevons dans notre service des salles militaires de l'Hôtel-Dieu de Beauvais le soldat W..... Henri, vingt-deux ans, qui, jusqu'alors, avait fait son service dans le rang.

Ce militaire incorporé le 15 novembre 1892 a donné lieu aux observations suivantes : constitution bonne; tempérament lymphatique san-

guin; taille : 1 m. 704; périm. thor., 0,85; poids : 61 kilos. Acné juvénile sur les épaules, le cou et le front. On nota une voussure de la région thoracique antérieure à droite qui donnait à la poitrine un aspect asymétrique très apparent, même à distance. L'auscultation, à la visite d'arrivée, ne fit rien découvrir — il est vrai qu'il resta volontairement muet sur ses antécédents — pas plus, d'ailleurs, qu'au conseil de revision où, sur sa demande, le malade avait cependant été examiné et ausculté. Au corps donc, nulle symptomatologie thoracique à la fin de 1892.

Vers le début de janvier 1893, W..... s'aperçut qu'il ne supportait qu'avec difficulté le pas gymnastique, non pas que la gêne vînt des palpitations, mais c'était plutôt de l'essoufflement, une réelle difficulté respiratoire; en même temps tous les matins, dès qu'il se levait, toux quinteuse durant 5 à 6 minutes se terminant par des efforts de vomissements qui, du reste, n'aboutissaient jamais. Il ne fit d'abord pas attention à ces petits incidents et continua son service sans jamais se faire porter malade; la seule chose qu'il demandait c'était de petites mais fréquentes poses dans les moments où la compagnie prenait le pas gymnastique ou accéléré. En réalité, W..... ne devint indisposé qu'au moment des marches dites « d'épreuve » qui consistent en 4 marches consécutives et progressives de 20 à 30 kilomètres; cet accident s'accompagna d'un état de fatigue visible et de perte de l'appétit. Après ces marches qu'il fit en mai, avec peine mais sac au dos, se sentant malade, un matin à l'exercice il dut quitter le rang et se rendre le lendemain à la visite. C'était le 14 juin.

Le médecin de service l'examina, l'ausculta et pensa aussitôt à une pleurésie, en raison d'une matité compacte, massive, occupant tout le côté droit : W..... est placé à l'infirmerie en observation. Le 16, examiné à nouveau, il fait alors connaître — cette pseudo-pleurésie, sans fièvre et sans signes stéthoscopiques nettement classiques, était d'ailleurs pour étonner et dérouter — que quelques années auparavant, à la suite d'accidents d'oppression des plus graves et ressemblant à s'y méprendre à ceux du moment, il a été admis à l'hôpital Saint-Antoine à Paris pour une affection qualifiée « kyste » et que même on lui fit deux ponctions à la hauteur du sein droit : cette intervention procura un soulagement immédiat, puis la disparition de tous les symptômes si sérieux qui menaçaient sa vie. Pensant judicieusement à un accident de même nature et éliminant alors l'idée première d'une pleurésie, d'ailleurs apyrétique, sans égophonie, ni pectoriloquie aphone, ni diminution marquée des vibrations thoraciques et pour ainsi dire soudaine, W..... est dirigé sur l'hôpital où nous l'inscrivons sous le diagnostic « kyste probable de la poitrine ».

Antécédents héréditaires. — Ce malade a encore ses parents qui sont actuellement bien portants et n'ont jamais présenté que de légères indispositions. Il a des frères et sœurs également bien portants et sans aucune difformité.

Antécédents personnels. — Durant sa jeunesse il n'a jamais présenté ni convulsions, ni signes de scrofule (pas d'humeurs froides, ni de gourmes); à douze ans, rougeole légère qui dure une huitaine de jours et guérit sans laisser de traces; à quinze ans et demi il commence, chez ses parents, le métier de peintre en bâtiments qu'il exerce encore sans jamais avoir eu d'accidents saturnins ni d'autre indisposition que celle sur laquelle nous allons nous étendre.

Histoire de la maladie. — Vers le mois de mai 1889 — W..... avait alors dix-huit ans — il se souvient d'avoir éprouvé, souvent et sans motifs, une grande lassitude, une sorte de fatigue accompagnée de douleurs localisées et persistantes dans la fosse sus-épineuse droite. Un médecin fit appliquer, *loco dolenti*, divers topiques, des vésicatoires... etc,... etc., qui procurèrent un soulagement momentané. Aucune tumeur n'était appréciable à cette époque; celle-ci ou mieux un développement uniformément exagéré du 1/3 supérieur de la région thoracique droite apparaît et semble attirer l'attention un mois et demi après. Pendant tout l'été 1889, le traitement par les vésicatoires et les pointes de feu est continué mais sans influencer la douleur de l'épaule et la tuméfaction périmammaire qui augmentèrent sensiblement; il continuait son travail. Fin novembre 1889, c'est-à-dire six mois après le début, il est forcé de s'arrêter, la dyspnée est apparue et tout le côté droit du thorax est devenu uniformément douloureux. Le médecin ordinaire de sa famille, le docteur Lefebvre (de Livry), qui lui donnait ses conseils, appelle en consultation le professeur Hanot qui porte le diagnostic « kyste hydatique paraissant dépendre du foie » et décide des ponctions en proposant de les faire à l'hôpital Saint-Antoine où le malade est admis au début de février. Plusieurs ponctions exploratrices (3) dans la région hépatique n'ayant donné aucun résultat, M. Hanot se décide à pratiquer une ponction aspiratrice en choisissant le sommet de la voussure qui déjà était appréciable.

Cette ponction, faite après 3 semaines d'expectative, a lieu dans les derniers jours de février 1890. A ce moment W..... se sentait depuis plusieurs jours très malade, ne se levait pas et était oppressé au moindre mouvement par d'atroces douleurs à siège rétro-sternal empêchant même les respirations courtes; la veille il faillit mourir d'anhélation; on dut pour lui procurer un peu de calme passer en injection sous-cutanée 2 centigrammes de morphine et user d'inhalations d'oxygène.

La ponction, faite à quelques centimètres en dedans et à la hauteur du mamelon droit, donne issue à 800 grammes environ d'un liquide jaunâtre trouble (l'analyse démontra, nous affirme le malade, qu'il n'était pas purulent). Le soulagement fut immédiat : apyrexie, pas d'éruptions sur le corps, pas de crachements de sang; en somme aucun phénomène consécutif à noter; les selles se régularisèrent ainsi que l'appétit et le sommeil. Dès le lendemain il se sent si bien qu'il recommence à se lever, ce qu'il n'avait fait depuis plus d'un mois, ne

pouvant tolérer la station debout. Au début de mars, 10 jours après, à 1 centimètre de la première ponction et à 2 centimètres du mamelon et à la même hauteur, on fait une deuxième ponction aspiratrice. Elle donne encore issue à 500 grammes environ de liquide analogue au premier. On le remplace dans la poche par un liquide qui y est immédiatement poussé et dont on laisse environ 100 grammes; ce n'était pas de la teinture d'iode. Aucune réaction immédiate ni consécutive.

Cette deuxième ponction fut suivie encore d'un soulagement immédiat plus considérable et qui persista. Le malade quitte Saint-Antoine vers le 5 mars, après 6 semaines de séjour; il était en bon état général et quoique faible encore ne souffrait plus. La tumeur semblait alors vouloir s'affaisser, mais à la vérité, ce retrait n'est pas très appréciable et « toujours ça sonnait drôle, dit le malade, de ce côté quand on y frappait ». La convalescence se poursuivit lentement jusqu'au mois d'août 1890, moment où elle est à peu près complète; cependant il reste toujours faible et bien qu'il y eût asymétrie du thorax, le siège de la tumeur s'était manifestement affaissé. Il reprit toutes ses occupations à l'automne.

Les années 1891 et 1892 se passèrent sans aucun accident du côté du thorax : il se porta bien, à peine quelques rhumes à noter; jamais ni essoufflement, ni palpitations, ni douleurs à l'épaule; il toussait quelquefois le matin au réveil; du reste il a toujours été tranquille, rangé, et ennemi des cabarets.

Etat actuel — 19 juin 1893. — Examen extérieur. — Malade un peu amaigri, figure légèrement tirée et fatiguée. Eruption acnéique presque confluente et datant de 4 années sur le visage et la partie supérieure du tronc. A l'épaule droite, cicatrice de pointes de feu : au-dessous du mamelon droit, groupe de deux cicatrices dues aux ponctions. A la région hépatique, groupe de cicatrices de sangsues mises chez lui en 1890, peu avant son entrée à l'hôpital; on ne retrouve pas les traces des ponctions exploratrices hépatiques pratiquées à Saint-Antoine en 1890.

Ce qui, à l'inspection sommaire, sollicite l'attention, c'est surtout une voussure très développée occupant la totalité de la région thoracique antérieure droite, mais plus accentuée autour du mamelon qui est comme soulevé. Elle est arrondie, globuleuse, résistante et formée par le squelette sous-jacent manifestement déformé. Examiné de plus près on reconnaît que la déformation, le soulèvement, porte sur les quatrième, cinquième et sixième côtes, et plus particulièrement sur la portion de ces os comprise entre la ligne axillaire antérieure et la ligne parasternale. Cette voussure, de délimitation peu nette en somme, n'est le siège d'aucun battement, d'aucune impulsion. Les espaces intercostaux antérieurs sont conservés, mais plus larges; les côtes semblent normales bien qu'une très forte pression y provoque de la douleur, surtout à cette partie antérieure dont le développement, par comparaison avec le côté gauche, se mesure par deux centimètres et demi. Cepen-

dant la tumeur semble ne pas intéresser directement les os; il n'existe aucune adhérence des tissus profonds sus-squelettiques et la peau serait normale d'aspect sans un réseau veineux apparent qui la sillonne dans tous les sens.

Appareil respiratoire. — A la percussion, en avant sous la clavicule sonorité exagérée; de la troisième côte à la base, matité absolue dans toute l'étendue de la tumeur, se raccordant par une submatité plus étroite, comme étendue, environ 2 à 3 centimètres à la hauteur des insertions diaphragmatiques, à la matité cardiaque. La percussion n'est douloureuse qu'autour du mamelon où l'on sent au doigt une résistance très anormale et circonscrite. Dans l'aisselle et en arrière : sonorité normale aux 2/3 supérieurs, matité à la base mais sans disparition des vibrations thoraciques qui cependant sont affaiblies.

L'auscultation pratiquée dans l'étendue de la tumeur fait constater un silence absolu en avant sur presque toute la hauteur; sous la clavicule le murmure est très affaibli comme éloigné et mélangé à un souffle doux, très fin. En arrière et dans l'aisselle, murmure vésiculaire avec râles fins dans toute la fosse sus-épineuse; en descendant, souffle doux interscapulaire jusqu'au 1/3 moyen; vers la base on ne perçoit rien qu'une résistance profonde appréciable au doigt et une transmission appréciable des bruits du cœur comme s'il existait un corps solide : pas d'égophonie ni de pectoriloquie. En somme : matité limitée, précise, sans aucun des autres signes d'un épanchement pleural. A gauche le poumon est sain, la fonction respiratoire est normale.

Si on n'avait connu la circonstance d'une tumeur kystique, probable en raison des antécédents, on aurait eu sous les yeux un cas épineux de diagnostic.

Appareil circulatoire. — La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal gauche; les bruits sont normaux comme rythme et tonalité; il existe une légère tachycardie à 104.

Appareil digestif. — Inspection et palpation normales; inappétence, mais digestions normales et selles régulières. Foie abaissé et débordant les fausses côtes d'environ deux travers de doigt : jamais d'ictère ni d'éruption cutanée.

Les urines sont normales comme quantité moyenne et comme composition.

L'appareil nerveux semble normal et la gêne, l'agitation, l'énervement, qui succèdent à la plus petite fatigue tiennent non à des palpitations, mais à un sentiment d'angoisse, à des douleurs précordiales manifestement liées à l'insuffisance de la respiration. Cet état de malaise continuel, accentué par les fatigues des marches d'épreuve, a déterminé un dégoût profond, la perte de l'appétit, l'amaigrissement rapide et l'état de déchéance que nous constatons.

Le diagnostic n'était pas douteux : il s'agissait probablement de phénomènes morbides réveillés dans la tumeur jadis ponctionnée, tumeur kystique qui, déjà à cette époque, présentait probablement des adhérences de

sa paroi antérieure avec la face postérieure de la région thoracique. Il s'agissait, en un mot, de troubles respiratoires par compression des poumons, gêne mécanique, due à une tumeur siégeant dans le médiastin antérieur.

Étant donné l'état précaire du malade et pour lui permettre de se relever — il n'existait d'ailleurs aucun danger imminent — et aussi pour me laisser le temps de réunir quelques renseignements sur les antécédents de W...., je me décidai à temporiser.

22 juin. — État stationnaire, toux légère persistante, le malade est toujours faible. Apyrexie absolue.

30 juin. — La bronchite a disparu et l'état général est visiblement amélioré à la condition pour le malade de rester constamment couché ou assis.

Je fais à la partie proéminente de la tumeur une ponction exploratrice dans le but de déterminer à la fois et la nature du contenu de la cavité, et la certitude, sinon d'adhérences fermes, du moins de voisinage immédiat des parois de la tumeur et de la cage thoracique. L'aiguille, poussée à quelques centimètres, ramène un liquide épais, trouble, verdâtre, et d'aspect sale au sujet duquel l'examen microscopique ne donne aucune indication si ce n'est qu'il ne contient ni pus, ni sang. D'autre part un examen du sang prouva qu'il n'existait pas de leucocythémie.

31 juillet. — Pendant ce mois, sous l'influence d'un repos absolu et d'un régime très reconstituant, le malade a repris forces et couleurs : il se déclare alors disposé à subir une intervention qui le délivrerait. A ce moment les signes cliniques étaient, à peu de chose près, restés les mêmes qu'au moment de l'entrée.

Opération. — Le 3 août 1893, avec l'amical concours de MM. les docteurs Dessirier, médecin aide-major du 51e, et Leblond, médecin auxiliaire, ancien interne des hôpitaux de Paris, après anesthésie par le chloroforme et précautions minutieuses pour l'asepsie du malade, du chirurgien, des aides et des instruments, je procède à l'opération suivante :

Une incision est faite sur le trajet de la quatrième côte et sur une longueur de 8 à 10 centimètres environ, commençant à 2 centimètres en dehors de la ligne mamillaire s'arrêtant à 2 centimètres du bord droit du sternum. La face antérieure de la côte est dénudée sur une longueur à peu près égale à celle des tissus mous : le périoste est refoulé avec soin de façon à mettre l'os à nu. L'état de l'os nous frappe d'abord : sa couleur est rougeâtre, sa consistance plus molle qu'à l'état normal, le bistouri y pénètre aisément : cette coloration lie de vin indique déjà une légère altération de ce tissu; la résection partielle en est facile et rapide. L'ablation de ce fragment d'environ 6 centimètres laisse voir au-dessous un tissu blanchâtre intimement adhérent au périoste épaissi et bombant sous le doigt. Afin de bien m'assurer que cette adhérence appartenait à la tumeur, je plonge un n° 3 de l'appareil Potain sur la partie qui était nettement fluctuante, et après un trajet d'environ 1 centimètre et demi

j'éprouve cette sensation particulière que la pointe du trocart se meut librement dans une cavité. Retirant alors l'aiguille on voit sourdre immédiatement quelques gouttes d'un liquide semblable à celui qui fut retiré le 30 juin. Plongeant un bistouri dans ce pertuis, j'incise largement sur une longueur de 5 centimètres au lieu et place occupé par la côte réséquée. Immédiatement il s'écoule à flots un liquide (qui sera décrit plus loin) paraissant venir d'une cavité close déjà ancienne. Pour expulser complètement le contenu de la poche dont les parois semblaient rigides, le malade dut être couché sur le côté droit; à ce moment, le liquide jusqu'alors louche sortit mélangé de corpuscules jaunâtres en très abondante quantité ressemblant à des grains de riz colorés par une solution de safran. Ne pouvant parvenir à vider complètement la cavité, malgré les positions les plus variées données à notre malade, nous eûmes l'idée de provoquer quelques réflexes par la titillation de la luette; cette toux favorisa en effet l'expulsion de la totalité du contenu de la tumeur et aussi, brusquement vers la fin, la projection d'une volumineuse touffe de poils blancs frisés, de 8 à 10 centimètres de longueur, agglomérés par des corpuscules sébacés jaunes d'or précédemment indiqués. A ce moment seulement le diagnostic, qui jusqu'alors avait été hésitant, en raison de la singularité du contenu, à ce moment le diagnostic vrai inscrivait sa signature; il s'agissait d'un *kyste dermoïde.*

Il était intéressant de déterminer sinon le point de départ de cette tumeur, du moins son siège et sa situation exacts relativement aux organes voisins.

Le doigt, introduit dans la cavité et porté directement en bas, se promène sur un tissu à surface lisse, égale, et sent très nettement la convexité du diaphragme; le foie semble même avoir déjà repris sa place car on atteint facilement le diaphragme. Toutefois, vers la partie interne de cette paroi inférieure dans la direction du creux épigastrique, il semble que l'on perçoit sur cette convexité une petite dépression cupuliforme pouvant admettre la pulpe de l'index, comme s'il y avait au premier abord une communication entre les cavités pleurale et abdominale; cependant il n'y a pas d'orifice et cette sorte de cupule n'est nullement dilatable.

L'exploration digitale de la partie supérieure de la cavité permet de sentir le bord inférieur et la base du poumon droit dont le parenchyme ne semble séparé du doigt que par un mince feuillet de cette tumeur, à moins que ce soit la plèvre elle-même. En un point on croirait distinguer de petites nodosités plus fermes que le parenchyme pulmonaire et d'un volume variant de celui d'une noix à celui d'une noisette. A la partie interne vers le médiastin, le doigt paraît passer aisément entre le bord du poumon droit en arrière et d'autres organes médiastinaux en avant; on n'a pas la sensation nette d'un pédicule. Quant à la paroi postérieure, le doigt ne réussit pas à l'atteindre, soit parce que son extrémité en est séparée par le reliquat du liquide, soit parce que la poche de la cavité s'oppose par sa rigidité à son rapprochement de la face antérieure, elle

est vraisemblablement, comme les parois externe et antérieure, lisse et constituée par la poche de la tumeur exactement accolée soit avec les organes voisins qu'elle a refoulés, écartés par son développement, soit même avec la paroi interne de la cage thoracique. A la partie interne de la cavité et en bas on parvient à sentir nettement battre, presque sous le doigt, le bord droit du cœur qui, nous l'avons noté, ne semble pas repoussé et occupe sa place normale.

En résumé il a semblé impossible sur le moment de préciser si le kyste était intra-pleural ou sous-pleural. De même il fut difficile d'évaluer la capacité du kyste : approximativement, elle était d'environ 1800 grammes. La poche lavée par un courant d'eau boriquée tiède entraîna encore des poils et cheveux libres et de la matière sébacée; ce lavage à grande eau fut continué jusqu'au moment où le liquide revint absolument limpide.

Avec mes confrères je discutai rapidement la nature de l'intervention qu'il convenait de poursuivre.

L'état général du malade et la gravité du traumatisme nécessité par ces sortes de productions, opération que je ne pouvais entreprendre sans un consentement préalable de l'intéressé, ainsi que l'impossibilité de l'énucléation totale, complète, de la poche qui bien certainement, en raison de son ancienneté et de la lenteur de son développement, avait contracté des adhérences sur tout son pourtour, aussi bien en arrière et en dedans, qu'en avant et en bas où celles-ci étaient manifestes, avec tous les organes voisins, avec la plèvre ou le poumon droit notamment qui était refoulé en haut et en arrière sous la clavicule, probablement avec les organes contenus dans le médiastin..... etc., toutes ces considérations commandaient une prudente réserve.

D'autre part, il nous sembla que, malgré l'ancienneté de la lésion, le poumon paraissant sain, devait contribuer en vertu de son élasticité propre à refouler les parois supérieures et postérieures de la cavité kystique pour les porter vers la partie inférieure, vers le diaphragme, de façon, sinon à annihiler, du moins à combler partiellement la cavité. Pour réduire à néant cette poche et la détruire, il eût fallu procéder à une large résection costale, aller à l'aventure dans une région particulièrement délicate, dans le voisinage immédiat du cœur et des gros vaisseaux; on risquait, outre l'ouverture de la cavité pleurale, le traumatisme des organes médiastinaux..... etc. Je me décidai en conséquence, comptant sur l'action concomitante du poumon droit, sain selon toute apparence et libre d'adhérences pleuro-thoraciques, à provoquer la suppuration de la poche afin d'obtenir ainsi, si c'était possible, d'abord le retrait progressif des parois, ensuite leur adhésion. Pour exciter la paroi interne de la cavité et favoriser la formation de bourgeons charnus, elle fut badigeonnée avec de la teinture d'iode, puis lavée, et, pour favoriser le retrait naturel par l'écoulement constant des liquides, la cavité fut garnie d'une longue mèche de gaze iodoformée; celle-ci devait aussi maintenir largement ouvert cet orifice fistuleux, fistule que je jugeais être la solution

la plus favorable à mon malade, la récidive du kyste devant sans cela se produire tôt ou tard.

Quelques sutures profondes au catgut permirent de limiter l'orifice interne de la plaie que quelques points superficiels au crin de Florence précisèrent sur le tégument.

Un pansement ouaté légèrement compressif fut maintenu par un bandage de corps s'étendant du cou aux organes génitaux. Il n'y eut à noter aucun incident opératoire immédiat ou consécutif.

Examen du liquide. — De densité un peu supérieure à celle de l'eau, mais pouvant s'y mélanger en toutes proportions, il contient, en suspension, avec légère tendance à monter à la surface, des corpuscules sébacés et des poils faciles à séparer par un gros filtre, ce qui permet d'en diviser l'étude en deux parties :

A. *Partie liquide.* — De couleur chocolat clair, légèrement rosé, de consistance épaisse et ayant l'aspect d'une émulsion bien faite dont les éléments ne se séparent pas par le repos. Au microscope on trouve exclusivement des globules sanguins très peu altérés qui ne proviennent pas exclusivement de la plaie, car la partie retirée par l'aspiration anté-opératoire était déjà rosée.

Traité par l'éther, le liquide devient à la fois plus foncé, plus limpide et par le repos se divise en trois couches : une supérieure constituée par l'éther entraînant les matières grasses; une moyenne, formée par un coagulum peu consistant et d'apparence graisseuse et filant; une inférieure qui comprend le liquide débarrassé de la graisse : il est d'un rouge plus intense qu'avant le traitement par l'éther et il est devenu limpide.

L'éther de la couche supérieure laisse déposer par évaporation des lamelles grasses brillantes et nacrées qui ne donnent que très imparfaitement les réactions colorées de la cholestérine. Quant au liquide de la couche inférieure, il précipite par l'acide acétique (ce qui indiquerait la présence de mucine); l'acide nitrique, le réactif d'Esbach y donnent un abondant précipité d'albumine; l'alcool donne enfin un abondant précipité qui entraîne mucine et albumine, le liquide clair et décoloré qui surnage ne précipitant plus par aucun des réactifs précédents.

B. *Partie solide.* — Elle comprend des grumeaux de différentes tailles et des poils.

Les grumeaux les plus nombreux et les plus petits sont de couleur blanc jaunâtre semblables à des grains de semoule ou à des graines de pavot blanc : ils sont de consistance très faible, s'agglomèrent facilement par la pression et s'écrasent de même. Ils semblent formés d'une matière analogne au sébum; au microscope ils sont absolument amorphes. Il existe en outre des corpuscules plus gros de la taille d'un grain de chènevis, semblables à de la carotte hachée menue. Enfin les plus gros sont formés d'une première couche externe de sébum blanc jaune revêtant une couche moyenne jaune vif, qui entoure un noyau également graisseux d'un blanc pur.

Toutes ces parties solides sont très incomplètement solubles dans l'éther et le chloroforme. Les grumeaux les plus colorés mis à part n'abandonnent pas leur matière colorante à l'éther; on ne peut y caractériser les pigments biliaires par la réaction de Gmelin.

Les poils sont blancs, certains mesurent 8 centimètres, ils sont isolés dans le liquide où quelques-uns forment une touffe agglomérée par les grains de sébum : nous avons pu conserver dans un flacon l'énorme touffe expulsée en un seul paquet par un effort de toux.

5 août. — Le malade est un peu fatigué, légèrement fiévreux. Localement la plaie a très bon aspect, la lèvre des sutures est nette, rosée. A noter seulement une voussure encore plus prononcée de la région en raison d'un léger emphysème sous-cutané remontant presque jusqu'à la clavicule et donnant la crépitation typique. Le pansement est peu souillé par la sérosité sanguinolente, la mèche est retirée sans difficulté, aucune apparence de suppuration, pas d'odeur, quelques grumeaux graisseux, un peu de réaction, le soir T. 38°,5; on remplace la mèche. Compression ouatée légère. Constipation opiniâtre et état saburral des premières voies. On administre au malade un lavement purgatif qui amène l'expulsion d'un ascaride lombricoïde.

7 août. — Le pansement est fortement souillé par une abondante sérosité sanguinolente mélangée, près de l'orifice, avec des grumeaux jaunâtres de matière sébacée. Dans le fond de la cavité, gargouillement très net, si on fait tousser le malade, semblant démontrer que le fond de la poche est mobile sous l'action du poumon. L'état général reste médiocre, sans appétit. Pas de température.

Le 10 août, pour la première fois, sans frisson, W..... a de la fièvre : 39°,8, et le pansement est souillé par du pus de bonne nature; cependant il respire mieux et demande à manger. A dater de ce jour la mèche est remplacée par deux gros drains accolés dont les extrémités extérieures sont fixées à deux grosses épingles de nourrice pour les empêcher de tomber dans la poche. Il est fait, quotidiennement, un pansement consistant en un lavage à grande eau bouillie de la poche à l'aide d'un syphonnage par l'appareil de Debove. Il est passé ainsi environ quatre litres de solution tiède de sublimé au quart jusqu'au moment où le liquide ressort clair; puis cuirasse de tourbe sur gaze iodoformée.

Du 10 au 25 août, soit quinze jours, la température du soir toucha 39° avec les grandes oscillations connues indiquant la suppuration. Depuis cette dernière date l'apyrexie devint et resta constante.

Les suites furent simples : sous l'influence d'une alimentation très substantielle, de toniques de toute nature, W.... se releva d'abord avec lenteur, puis à partir de septembre, moment où il put commencer à sortir de son lit et rester quelques heures debout, très rapidement en même temps que la poche diminuait de capacité et que le poumon droit jusqu'alors comprimé et inactif reprenait progressivement ses fonctions. Au moment où nous partions pour les manœuvres (4 septembre), le malade

pesait 50 kilogrammes et il avait déjà repris des forces, des couleurs et de la gaieté.

A notre retour, le 26 septembre, W..... était presque méconnaissable : gras, dormant bien, il descendait quelques heures au jardin et s'amusait avec ses camarades. Localement la plaie se rétrécit, les bords de l'orifice bourgeonnent avec exubérance et ne laissent plus passer qu'un seul drain, de gros calibre il est vrai, par lequel s'écoule, particulièrement quand le malade se couche sur le côté droit, du pus bien lié mais moins abondant qu'au début du mois. La région mammaire est déjà légèrement affaissée au-dessous du mamelon, tandis qu'au contraire la région sus-mammaire paraît pour ainsi dire et par ce fait plus saillante qu'auparavant.

4 octobre. — Le malade pèse 112 livres, il a donc gagné 12 livres depuis un mois. Pour pouvoir remettre le drain qui a dû être raccourci et qui est expulsé quelquefois dans le pansement, on doit placer un cône d'éponge préparée qui en vingt-quatre heures dilate l'orifice et permet un syphonnage plus complet de la poche.

24 octobre. — Même état local extérieurement. L'examen de la poitrine permet d'apprécier les changements survenus dans la fonction respiratoire. Le poumon droit, en effet, respire sur toute la hauteur en arrière et sur la ligne axillaire où l'on constate, avec la sonorité, l'existence du murmure vésiculaire normal. Il en est de même dans la région sus-mammaire, de la clavicule à 3 centimètres au-dessus de l'orifice fistuleux. Autour de cet orifice, excepté en dehors, c'est-à-dire en haut, en bas et plus particulièrement en dedans jusqu'au sternum, bruit amphorique : il est manifeste qu'une cavité juxta-sternale existe en ce point et que la paroi antérieure de la poche kystique se confond partiellement avec la face postérieure des côtes et du tiers moyen du sternum.

On a essayé de rendre plus rares les pansements, mais sans succès; le troisième jour le pansement était très souillé, il y avait de l'odeur et le malade se sentant mal à l'aise ne dormait pas. Après cette expérience, trois fois renouvelée, le syphonnage quotidien est repris en ayant soin de bien mesurer la quantité de liquide introduit dans la cavité; celle-ci diminue visiblement de quelques grammes tous les jours.

17 novembre. — Sous l'influence du traitement général et des lavages antiseptiques locaux, la poche est réduite actuellement à un trajet fistuleux ne présentant une sorte de développement ampullaire en surface, qu'immédiatement derrière l'orifice opératoire préesternal. Dès qu'une sonde est poussée à plus de trois centimètres elle s'engage, en effet, dans un canal de 12 à 14 centimètres de profondeur dans lequel elle semble prise et ne peut avoir aucun mouvement de latéralité. Après ce sondage on ramène toujours au bout de la sonde un peu de sang et quelques poils ressemblant à ceux qui furent extraits le jour de l'opération. Le stylet donne la sensation de bourgeons charnus saignant facilement : la quantité de liquide est variable, tantôt on ne ramène que la valeur d'un dé à coudre, tantôt au contraire de 40 à 60 grammes de pus, comme si dans

la profondeur existait une sorte de cloisonnement s'opposant quelquefois à l'issue libre des liquides.

6 décembre. — W..... part en convalescence de trois mois : il se trouvait alors dans l'état suivant :

État général très satisfaisant; poids : 127 livres, exprimant un gain de 11 livres en moins d'un mois.

Localement : du côté droit du thorax, voussure très manifeste mesurant 20 centimètres sur 13. Cette voussure occupe verticalement (20 cent.) l'espace compris entre la deuxième côte peu élevée jusqu'à la sixième. Horizontalement, de la ligne axillaire antérieure au sternum (13 centimètres). Le point le plus élevé de cette vaste voussure qui au début se trouvait être la quatrième côte (réséquée sur 6 centimètres) occupe maintenant la troisième côte.

Ouverture du trajet fistuleux à 3 centimètres en dedans du mamelon sur la ligne horizontale, au point même où se trouvait le fragment de la quatrième côte réséquée. L'ouverture se trouve au fond d'une sorte d'infundibulum formé aux dépens du tissu cicatriciel costal et paraît d'autant plus déprimée que la troisième côte, elle, est soulevée de longue date par la voussure formée par la tumeur.

Là, du reste, persistent encore d'autres phénomènes. Le foie ne déborde plus, il est normal et a dû même ballotter, car sur toute la région on sent plutôt une submatité ou mieux de la résonance pseudo-tympanique. En avant, la percussion de la région, de la ligne sternale à la ligne mammaire (1re et 2e côtes) sonorité normale; troisième côte qui est soulevée, sonorité tympanique et à la forte percussion bruit amphorique qui se continue en dedans, de l'orifice au bord droit du sternum. C'est de ce côté, du reste, qu'une sonde en gomme — le malade examiné debout — se porte d'abord horizontalement, puis dans toutes les directions à 4 ou 5 centimètres avant de rencontrer un obstacle. Il y a donc, là, encore une cavité dont il est difficile de préciser la dimension, mais elle doit être petite puisque 40 à 50 grammes de liquide seulement suffisent pour la remplir. Pour préciser, la pointe d'un stylet mousse, rigide et recourbé à angle droit peut être, en effet, promenée en haut et en dedans de ce sinus supéro-interne jusqu'à environ 4 centimètres de l'orifice; en dehors, ce stylet touche immédiatement la paroi de la poche, de même en bas, démontrant ainsi la rétraction de cette poche kystique sous l'influence du fonctionnement des organes voisins; en arrière, poussé horizontalement, le stylet redressé pénètre bientôt, de même que la sonde en gomme, dans un trajet fistuleux et s'enfonce sans effort d'environ 10 à 12 centimètres.

En somme, quatre mois après l'intervention il persistait une cavité rétro-costo-sternale relativement petite, mais précédant un trajet fistuleux relativement profond (de 12 à 14 centimètres depuis l'orifice de la fistule), trajet sensiblement rectiligne et se glissant d'avant en arrière, légèrement de droite à gauche et horizontalement, au milieu des organes du médiastin. Il est à noter que les examens les plus prolongés n'éveillent aucune douleur.

L'extirpation d'une telle poche nous sembla encore non seulement difficile mais téméraire, dangereuse même, et le mieux à tenter dans l'intérêt du malade était de persister dans la voie actuelle, en recherchant par tous les moyens possibles à obtenir l'accolement absolu des deux parois, — et du trajet et de la poche, — du fond à la surface.

L'examen à ce moment démontra en outre, au-dessous de l'orifice, submatité rejoignant celle du foie; en dedans, délimitation difficile de la submatité qui paraît continuer celle de la région précordiale; en dehors, à gauche, immédiatement près de l'orifice fistuleux, sonorité thoracique normale ainsi que sous la clavicule.

L'auscultation révélait les points suivants : en arrière et dans la ligne axillaire, sur toute la hauteur respiration normale; en avant, même chose dans la région des 1re et 2e côtes. Il n'y a en somme de silencieux que la région occupée par ce qui reste de l'ancienne voussure péri-mammaire (3e, 4e et 5e côtes).

22 janvier 1894. — W...., chez ses parents à Livry depuis huit semaines, vient nous rendre visite. Son état de santé est parfait, il pèse 138 livres, c'est encore un gain de 11 livres depuis le 6 décembre. Localement l'état est le même ; le trajet fistuleux n'a diminué que de 2 centimètres, il mesure 11, et la sonde ramène encore du pus mélangé de sang et des poils; son contenu est d'environ deux cuillerées à bouche.

Ce malade présenté quelques jours plus tard, le 15 février, à notre excellent maître et ami, M Peyrot, chirurgien de Lariboisière, est dans le même état. M. Peyrot constate avec nous l'exactitude de la description précédente et, après exploration du trajet, ramène avec un peu de pus sanguinolent quelques poils probants de la nature de la tumeur. A dater de ce moment il est conseillé d'exciter le bourgeonnement de la poche par une injection hebdomadaire de liqueur de Wilate qui sera conservée pendant environ quinze minutes avant un dernier lavage.

W.... revient dans notre service *le 6 avril.* Sa santé semble excellente, il pèse 146 livres et a pu s'occuper pendant ces deux derniers mois, sans aucune fatigue, de quelques travaux de sa profession.

Localement les choses sont restées en l'état : le trajet fistuleux semble toutefois avoir encore diminué de 1 centimètre 1/2, car il mesure exactement 10 depuis l'orifice qui, lui, s'est profondément déprimé, en forme de cupule, entre les deux côtes qui le limitent.

Interrogé sur les soins suivis chez lui, W.... fait connaître que les injections modificatrices parurent chaque fois et pendant quarante-huit heures augmenter notablement la sécrétion dont le pus était aussi plus épais et plus odorant; les quatre premières injections furent indolentes. Il n'en fut pas de même des trois qui suivirent : ainsi à la cinquième l'introduction de la liqueur de Wilate dans la poche du kyste fut immédiatement suivie de très vives douleurs d'abord aiguës, pénibles, puis plus sourdes, supportables, mais continues, occupant toute la région scapulo-cervicale droite et s'irradiant autour de l'oreille, du front à la nuque jusqu'au sommet de la tête. Cette douleur névralgique persista

environ douze heures et laissa pendant la soirée et la journée du lendemain une sorte de pesanteur, d'engourdissement du côté droit de la tête et en particulier de la région temporale. Pas de symptômes douloureux du côté du cœur ni ailleurs. Ces phénomènes douloureux et localisés comme il vient d'être dit se reproduisirent après chaque injection, mais ils devinrent de moins en moins douloureux, de moins en moins persistants à tel point qu'au début d'avril ces injections étaient tolérées comme celles d'un simple lavage à l'eau bouillie.

Ces injections ont eu une action réelle sur les dimensions du trajet fistuleux : la dilatation ampullaire rétro-costale semble tendre à disparaître, à peine mesure-t elle deux centimètres; les côtes supérieures sont plus affaissées, le trajet est serré, la sonde n'y pénètre qu'avec difficulté et l'orifice n'a pu être maintenu béant qu'à l'aide de dilatations périodiques par l'éponge préparée. En outre, dans l'exploration du trajet, de haut en bas — le malade étant couché, — après 3 centimètres de course l'extrémité de la sonde semble arrêtée comme si elle heurtait le fond d'un cul-de-sac ou une bride pseudo-valvulaire et ce n'est qu'après quelques tâtonnements, quelques mouvements en vrille portant le bec de l'instrument légèrement à droite que, le trajet retrouvé, l'instrument pénètre encore de 5 à 6 centimètres, et en droite ligne, cette bride se laissant déprimer ou repousser à droite sans effort apparent. On a l'impression d'une sorte de cloisonnement qui n'existait pas jadis, et qui, pour nous, se trouve placé au point de jonction de la cavité ampullaire, précédemment signalée derrière la paroi costale peu après l'intervention, avec le trajet fistuleux qui lui faisait suite, de telle sorte qu'aujourd'hui il ne reste en définitive de cette poche qu'une fistule en doigt de gant mesurant 9 à 10 centimètres de profondeur avec une légère coarctation transversale, une sorte d'étranglement, siégeant à 3 centimètres de l'orifice. Ajoutons que, sur tous les points du thorax, la percussion et la respiration, sauf dans une zone de 1 à 2 centimètres carrés au-dessus et en dedans de l'orifice de la fistule, sont normales; que cette fistule contient à peine 20 à 30 grammes de liquide; que sa paroi est mobile, et très certainement adhérente à quelques organes médiastinaux, mais surtout au poumon droit, ainsi que le prouvent l'expulsion du liquide d'injection à chaque mouvement inspiratoire et aussi les irradiations douloureuses susdécrites. Ces diverses circonstances nous semblent démontrer une tendance manifeste à l'oblitération graduelle de la poche kystique, c'est-à-dire, avec le temps, la possibilité d'une guérison définitive.

W....., présenté le 3 mai à la Commission spéciale, a été réf. n° 2.

Nous ne voulons pas à propos de cette observation, dont il convenait de donner tous les détails cliniques les plus minutieux, soulever de nouveau et longuement la question encore controversée de l'origine exclusivement ectodermique ou endodermique des tumeurs tératoïdes ou complexes du médiastin antérieur, origine contestée,

mais explicable selon les idées que l'on adopte au sujet soit de l'embryologie du thymus et de l'évolution de ses débris atrophiques, soit qu'avec Conheim on se rattache, pour expliquer leur pathogénie, à la théorie de l'inclusion des feuillets primitifs disséminant dans les tissus des masses cellulaires demeurant latentes momentanément ou au contraire donnant lieu, sous l'influence de causes difficiles à préciser, au développement d'une tumeur.

Pour certains auteurs, contrairement à l'opinion plus généralement adoptée, ces kystes ne peuvent, dans tous les cas, être considérés comme une dépendance du thymus qui est d'origine endodermique, mais ils proviendraient plus fréquemment d'un enclavement de l'ectoderme ou épiblaste au niveau du dernier arc branchial ou mieux de la dernière rainure branchiale, comme l'a exposé Marfan [1] en étayant son opinion des recherches de His et de Born. C'est en somme la théorie de l'enclavement émise par Verneuil en 1852, rajeunie plus tard [2] avec les connaissances et les découvertes les plus récentes sur la question. On connaît cette théorie qui explique ou s'adapte à bien des cas : nés dans la région cervicale par un simple pincement du tégument externe, se transformant ensuite en un petit sac enclavé dans les tissus sous-cutanés, ces kystes futurs sont entraînés par le thymus et le cœur dans leur mouvement de descente vers la cavité thoracique où ils pourraient rester silencieux toute la vie du sujet ou bien se développer « monstrueusement », comme le dit Bard [3], sous l'influence de circonstances encore inconnues.

Bien qu'avec Lannelongue et Achard [4] nous pensions « qu'on doit « faire au sujet de la pathogénie des tumeurs dermoïdes siégeant « dans la cavité thoracique les mêmes appréciations que pour les « kystes abdominaux non ovariens dont leurs connexions avec les « organes environnants sont assez mal précisés et qu'il est difficile « de chercher dans leurs rapports des renseignements utiles sur leur « point de départ et que, partant, leur formation est encore complè- « tement méconnue », il nous semble cependant que dans le cas particulier nous devons avec Quénu [5] faire entrer en ligne de compte non pas exclusivement la théorie mécanique de Verneuil, mais bien la théorie de Conheim ou encore celle de Bard [6], celle de la cellule

1. Marfan, *loco citato*. (*Gaz. hebdomadaire*, 1891, et Broca, *Traité de chirurgie*, Paris, 1891.)
2. Voir Cusset, *Thèse de Paris*, 1877.
3. Bard, *Arch. physiologie*, 1885.
4. Lannelongue et Achard, *loco citato*.
5. Quénu, *Thèse d'agrégation*, 1886, et *Traité de chirurgie*, t. I, article Tumeurs, Paris, 1891.
6. Bard, *Lyon médical*, 1888; Trevoux, *thèse Lyon*, 1888, *Des tumeurs à tissus multiples*.

nodale qui s'y rattache ou est la même, quoi qu'en disent quelques auteurs; c'est-à-dire qu'ici nous penserions volontiers à un processus d'involution épithéliale anormale ayant formé des germes qui restèrent stationnaires ou latents pendant les dix-huit premières années de l'existence de notre malade. Nous disons « dans le cas particulier », car on n'a, en effet, pour se convaincre des difficultés signalées par les observateurs à ce sujet qu'à parcourir les relations cliniques — et nécropsiques plus particulièrement — dont nous résumons plus loin les points essentiels et aussi à rappeler, pour les comparer avec ceux des cas précédemment connus, les points principaux de notre observation, surtout ceux qui sont mis en évidence par les derniers examens.

Chez W..... la tumeur s'est développée insidieusement — on ne peut préciser si ce fut avec lenteur — d'abord dans l'intérieur, dans la profondeur de la cavité thoracique, puis plus tard et — on ne saurait le méconnaître — très probablement dans le voisinage, sinon au lieu même d'élection, des tumeurs primitives non ganglionnaires du médiastin, c'est-à-dire dans la région thymique au-dessus ou très près de la base du cœur, éloignant insensiblement les organes voisins sans provoquer de phénomènes morbides appréciables, se portant bientôt nettement en avant à droite en déformant la région, contractant sans doute quelques adhérences avec certains d'entre eux — symptômes d'irritation des phréniques (celui du côté droit tout au moins) aboutissant aux crises graves de 1889 et de 1893, dyspnée, accidents d'oppression simulant des accès d'asthme, toux spasmodique matinale, douleurs rétro-sternales rappelant quelquefois l'angor pectoris; plus tard phénomènes douloureux dans les zones d'innervation du récurrent, du phrénique, du pneumogastrique et du sympathique par l'action des injections irritantes; synchronisme actuel des mouvements de la poche qui se contracte ou se dilate avec les mouvements d'inspiration et d'expiration; enfin, adhérences intimes de la poche kystique avec la face postérieure de la 4e côte droite, etc., — cependant nous pensons qu'il s'agit d'un dermoïde pur, d'un kyste pili-sébacé, ne dépendant en rien des restes de la glande thymique. Si telle avait été, en effet, son origine la poche aurait pris, nous semble-t-il, plus de développement dans la partie supéro-antérieure du médiastin; elle se serait étendue vers la région cervicale occasionnant des symptômes (voir les observations des cas semblables) dans les appareils circulatoires et pulmonaires qui eussent été d'autant plus graves que la tumeur a dû probablement, au moment où elle provoquait sur le système nerveux des accidents mécaniques, de voisinage, être des plus développées parmi celles dont les obser-

vations sont connues. Au contraire bien que son point d'implantation, son point de départ, paraisse profondément fixé dans le médiastin, — peut-être même se trouve-t-il placé dans le médiastin postérieur, — c'est surtout vers la droite du thorax et de ses parties inférieures et moyennes, à cette dernière surtout, qu'elle a présenté son maximum de volume, à tel point que la pression intra-thoracique développée par elle avait manifestement déterminé des adhérences assez étendues, puis altéré, par sa persistance, la nutrition d'une partie du tissu osseux de la 4e côte.

Ces points sont à noter; ils démontrent que la tumeur chercha une voie pour se développer librement en se portant en avant, en bas et à droite, ne déterminant en réalité qu'une symptomatologie peu bruyante; il ne fut jamais observé, en effet, que de très légers troubles laryngés sans dysphagie et sans aucune inégalité pupillaire et, seuls, les phénomènes de compression prédominèrent dans la marche de la maladie. En outre, le drainage prolongé de la cavité consécutif à l'intervention opératoire ayant permis aux organes voisins (diaphragme, foie, poumon droit, paquet vasculo-nerveux) de reprendre leur situation normale et leur fonctionnement régulier, nous avons vu successivement disparaître les divers symptômes relevant de l'irritation, de la compression des nerfs et en partie même la voussure costo-sternale droite ainsi que la cavité rétrocostale, symptômes objectifs dus à la cause mécanique du refoulement déterminé par la tumeur et qui ont été remplacés par un infundibulum cupuliforme auquel succède un canal fistuleux, rectiligne, à parois résistantes sur certains points, mesurant 10 centimètres, et dirigé exactement suivant une ligne qui partant à 2 centimètres 1/2 en dedans du mamelon irait rencontrer, si elle était prolongée, la lame gauche de la 7e vertèbre dorsale, déterminant ainsi avec la colonne vertébrale un angle aigu à droite et obtus à gauche. Le cul-de-sac terminal de cette fistule mesura jusqu'à 14 centimètres, c'est-à-dire que le point d'insertion du dermoïde nous paraît se trouver à la fois, sinon rapproché des vertèbres dorsales, du moins sensiblement éloigné de l'orifice actuel et du bord sternal, alors que le thymus ou ses lobules dégénérés occuperaient la ligne médiane comme chez l'enfant, l'atrophie de la glande n'ayant pu modifier l'axe de cet organe. Le canal dermo-épidermique actuel, dernier vestige du dermoïde, nous semble en définitive être en rapport : à gauche, avec le cœur et les gros vaisseaux qui y adhèrent; il passe non loin de la trachée, de l'œsophage et laisse encore à droite la veine azygos, le canal thoracique, le pneumogastrique et le phrénique; de plus il a avec ces divers organes contracté très probablement des adhérences

que l'analyse clinique ne permet pas de préciser avec exactitude.

Le diagnostic, facile en tant que tumeur, ne fut possible quant à sa nature qu'après l'intervention et l'expulsion du contenu pili-sébacé. Nous ne reviendrons pas sur les particularités cliniques longuement exposées et étudiées dans le cours de l'observation pas plus que sur le traitement institué et suivi : il nous semble que dans une telle circonstance et en raison des connexions certaines et inévitables, que ces sortes de productions contractent avec les organes essentiels qu'ils repoussent, qu'ils refoulent, annihilant ainsi tout ou partie de leur fonctionnement, — adhérences le plus souvent intimes et solides, ainsi que l'enseignent les autopsies de cas semblables signalées par les auteurs et dont on pourra lire plus loin le résumé succinct de celles que nous avons réussi à nous procurer — il nous semble que, dans l'espèce, l'extirpation totale de la poche — seul traitement radical — étant inexécutable, nous ne pouvions tenir une conduite qui fût à la fois plus prudente, plus scientifique et plus profitable aux intérêts du malade.

Bibliographie.

Les indications bibliographiques antérieures au travail de Lannelongue et Achard [1], le premier ouvrage didactique français sur la matière, et en négligeant les cas discutables de Desault et Larrey, sont contenues dans un mémoire de Franz-Riegel [2] daté de 1870. Cet auteur mentionne 5 cas : ce sont ceux que nous donnons sous les n°s 1, 4, 5, 6, 7.

Lannelongue et Achard dans leur travail de 1886 ajoutent aux observations précédentes la relation succincte de 6 cas épars dans la littérature médicale. Nous les analysons sous les n°s 3, 8, 9, 10, 11, 13.

En 1891, à propos d'une découverte d'autopsie dont il donne les détails complets, Marfan [3], reprenant la question dans une rapide vue d'ensemble, mentionne en outre 5 cas nouveaux résumés plus loin sous les n°s 2, 12, 14, 17, 20, 22.

Peyrot [4] signale trois observations que les précédents auteurs n'avaient pas citées; ce sont les n°s 15, 16, 21.

Enfin dans la revue de Hayem [5] nous avons relevé, il est vrai sans aucun commentaire, la mention de 2 cas de kystes dermoïdes du

1. Lannelongue et Achard, *Traité des kystes congénitaux*, Paris, 1886.
2. Franz-Riegel, *Virchow's Arch. f. pathol. anat.*, 1870, Bd. XLIX, h. 2, s. 208.
3. Marfan, *Soc. anat. de Paris*, 1891, et *Gaz. hebdomadaire*, n° 33, du 15 avril 1891.
4. Peyrot, art. Poitrine du *Traité de chirurgie*, t. VI, Paris, 1892, p. 8 et 113.
5. Hayem, *Revue des Sciences méd.*, Paris, 1889.

médiastin antérieur contenus dans une thèse soutenue en 1888 à l'Université de Bonn par W. Pinderss : ils figurent plus loin sous les n°s 18 et 19.

On trouvera aux notes très complètes et index des travaux des auteurs que nous venons de nommer les renseignements nécessaires pour remonter aisément aux publications périodiques et aux ouvrages étrangers et français où l'étude de ces cas exceptionnels d'aberrations histogéniques se trouve longuement exposée. Toutefois, afin de faciliter l'étude comparative de ces cas avec le nôtre, nous donnons ici, à leur date, un court résumé de ces relations cliniques et nécropsiques pour tous ceux de ces cas qu'il nous a été possible d'étudier dans les mémoires originaux. On y verra en résumé : que le diagnostic médico-chirurgical n'a pu être fait sur le vivant que dans de rares circonstances, à peine deux ou trois fois et par le fait du hasard; que toujours l'inextirpabilité radicale, absolue, de la poche eût été la règle, les adhérences de voisinage paraissant anciennes et délicates à déchirer plus graves, assurément, qu'un drainage même laborieux; que les deux sexes ont jusqu'alors présenté un nombre à peu près égal de cas; enfin, que le développement de la tumeur, toujours lent et insidieux au début, puis plus précipité et aboutissant rapidement, en fin de compte, à une issue fatale, a été observé aux âges les plus divers.

1. — Gordon, 1823. Femme, vingt et un ans, de juin 1822 à octobre 1823 : durée des accidents : 16 mois.

Tumeur (noix) au-dessous de l'extrémité sternale de la clavicule gauche, prise pour un anévrysme de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique. Traitement de Vasalva. Bientôt elle proémine au côté droit du sternum, en juin 1823 elle se rompt en ce point et donne issue à un liquide séreux peu abondant; la tumeur s'affaisse et la malade reprend ses occupations. En octobre elle revient au dispensaire avec une forte fièvre et une oppression persistante; elle succombe dans un accès de suffocation.

Observation nécropsique. — Dans le médiastin antérieur, tumeur adhérente aux deux tiers supérieurs du sternum et à l'extrémité sternale de la clavicule droite, unie aux parties voisines par un tissu cellulaire dense et serré qui enveloppait aussi les vaisseaux de la région (aorte et tronc) qui ne portaient aucune tumeur anévrysmale. Les parois participaient comme texture aux caractères des parties sur lesquelles elles reposaient; adhérences intimes très solides avec le périoste sternal; sur les côtés le sac était plus lâche et moins résistant.

Ce kyste renfermait un liquide séreux, de la matière sébacée, des os, 7 dents et des poils.

Le cœur était sain. Le poumon droit offrait des adhérences solides sur toute sa hauteur; il était gorgé de liquide et comme œdémateux : le poumon gauche présentait des points d'adhérence et flottait dans une abondante sérosité.

2. — Spath, 1836. Homme, soixante ans.

Début par tumeur (noisette) au côté gauche du cou près du thyroïde. Puis après quatre mois, tumeurs, l'une au côté gauche de la poitrine région mammaire, l'autre région dorsale s'étendant de la nuque à l'omoplate. Plus tard la

tumeur de la région antérieure s'étendit vers le haut, embrassant la clavicule et refoulant le muscles terno-cléido-mastoïdien par-dessus l'angle de la mâchoire inférieure, l'oreille et jusqu'à la nuque. Bosselures, fluctuation, ouverture à la lancette et issue d'environ 1 kilog. de masse gélatineuse. Il mourut dans un accès de suffocation.

Observation nécropsique. — La tumeur apparente du cou n'était que le prolongement d'une production semblable intrathoracique beaucoup plus considérable occupant tout le médiastin antérieur et formée en partie de matière graisseuse ou mélicérique et en partie de concrétions calcaires. Cette tumeur paraissait provenir des 6 premières vertèbres dorsales dont la substance osseuse était devenue poreuse, friable, comme dépouillée des phosphates; l'appareil ligamenteux était changé en une masse adipo-séreuse. Le poumon gauche refoulé ne portait que les seules traces de lésions mécaniques dues à cette pression continue; il était plus sec, atrophié, hépatisé en quelques points; l'espace postérieur compris entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale était occupé par des portions de la tumeur transformées, partie en cartilage, partie en masses calcaires, partie en meliceris.

La tumeur se prolongeait dans tous les sens, embrassant les orifices de l'aorte et les gros vaisseaux. Le poumon droit était normal, il y avait de l'épanchement dans la plèvre de ce côté.

3. — Mohr et Koellicker, 1839.

Observation nécropsique. — Kyste pileux du poumon. Parois offrant la structure de la peau avec papilles et glandes sudoripares. Il contenait des poils rouges, quelques-uns de 3 pouces de long.

4. — Buchner et Lushka, 1853. Femme, trente-six ans. Octobre 1852 au 13 juin 1853; durée des accidents, environ neuf mois.

Admise à la clinique le 3 juin 1853, se plaint depuis 9 mois d'oppression, toux, accès de dyspnée (pneumonie en février, pneumorrhagie en mai, puis consécutivement expectoration mousseuse, sanguinolente). Ne peut supporter que le décubitus latéral gauche, la tête tenue très basse. Au côté droit de la poitrine voussure occupant l'espace des 2e à la 5e côte due à un corps globuleux situé le long du côté droit du sternum qui dans les fortes inspirations glisserait derrière le côté gauche de la poitrine. Matité de la 2e côte jusqu'au diaphragme à droite et ne s'étendant pas à gauche au delà de la ligne médio-sternale. Sonorité parfaite en arrière des deux côtés. Souffle bronchique et râles dans toute la partie antérieure droite avec maximum au-dessous de la clavicule. Cœur normal. Diagnostic incertain (anévrysme ou dépôt tuberculeux).

Observation nécropsique. — Poumon gauche sain; léger épanchement dans la plèvre gauche.

A droite, poumon masqué par une énorme tumeur s'étendant de la 2e côte au diaphragme et limitée en dedans à la ligne médiane du sternum : de la grosseur d'une tête d'enfant elle était formée de tissu conjonctif lamineux et à paroi épaisse de quelques lignes. Elle était unie au poumon droit et au péricarde par de solides adhérences avec quelques jetées vers la portion ascendante et la crosse de l'aorte; une forte traction ne put vaincre l'union de la paroi avec le lobe inférieur droit, il y eut à la fois déchirure du parenchyme et épanchement du contenu du kyste qui consistait en masses graisseuses, jaunâtres, auxquelles se trouvaient mêlés des cheveux et du cartilage. Le reste du poumon était en partie hépatisé (lobe inférieur).

Rien au péricarde, ni au cœur, ni aux vaisseaux, sauf une dégénérescence graisseuse du muscle cardiaque.

5. — Lebert, 1854. Homme, soixante ans; durée des accidents ultimes, 3 semaines.

Reçu à l'hôpital de Zurich le 17 décembre 1853, cet homme raconte que, depuis l'âge de seize ans, il ne pouvait monter, courir sans être obligé à des arrêts pour éviter la suffocation et une angoisse terrible. Au repos il n'éprouvait rien.

En 1851, bronchite aiguë avec accès d'asthme consécutifs; il attribuait cela à l'influence des poussières de sa profession de chapelier. Sur le tronc lipomes de grosseurs variées. Percussion, sonorité exagérée sur toute la face antérieure. Cœur profondément situé, battant à l'épigrastre. Foie abaissé de 3 travers de doigt. Respiration partout affaiblie, sibilances disséminées et râles muqueux en arrière. Toux quinteuse et douloureuse. Rien aux reins et fonctions digestives normales. Œdème des deux extrémités inférieures. Accès nocturnes de suffocation et d'insomnie; il succombe dans un accès d'asthme le 5 janvier 1854.

Observation nécropsique. — Poumons d'un emphysémateux; ils se rejoignent en avant et couvrent le cœur. Entre eux et au-dessus du cœur grosse tumeur (hauteur 7 cent., largeur 7 cent., épaisseur 4 et demi), unie au péricarde par de nombreuses adhérences; elle est jaunâtre et très vascularisée extérieurement et comprimait l'artère pulmonaire. Elle contenait des masses graisseuses provenant d'une cavité principale présentant de nombreux diverticules. Cette bouillie athéromateuse éliminée, on vit en plusieurs points de la paroi interne des excroissances polypoïdes, blanchâtres, composées tout entières de cartilages; sur d'autres, le revêtement était formé par un épithélium pavimenteux et cylindrique alternativement. Dans le foie on trouva encore 9 petits kystes isolés et contenant un liquide séreux.

6. — Cordes, 1859. Homme, vingt-huit ans, 25 août 1858, 16 octobre 1858; durée des accidents, environ 50 jours.

Soldat, bonne santé antérieure. Les accidents débutèrent brusquement le 25 août 1858 à l'occasion d'un excès de table.

Douleur épigastrique et sous-sternale très vive, se plaint d'étouffements, vomissements, selles diarrhéiques sanglantes, région stomacale très douloureuse; il y a dilatation stomacale.

A la poitrine matité avec respiration faible partout. Le cœur ne présente aucun choc vers la paroi, les bruits paraissent très éloignés, le pouls est faible, fréquent, on admet une péricardite avec épanchement.

Cet état général se calme après quelques jours, mais l'état du cœur reste le même, albumine dans les urines et dyspnée par accès.

En septembre, œdème des pieds, ascite, souffles dans le thorax et égophonie en arrière, expectoration mousseuse et rosée, impossibilité du décubitus dorsal; il restait volontiers couché sur le côté gauche. Le foie débordait de 5 travers de doigt les fausses côtes. Au début d'octobre, en haut et à gauche contre le sternum, matité, on ne percevait pas là de murmure respiratoire. L'épanchement péricardique s'accentuant, le malade succomba dans un accès de suffocation.

Observation nécropsique. — Le cœur présentait 8 pouces et demi de largeur sur 7 de hauteur. Anasarque.

Péricarde uni à la face postérieure du sternum. Il occupait presque toute la cavité thoracique et refoulait en haut et en arrière les poumons réduits à un très petit volume en même temps que ceux-ci déjetaient en dehors la cage osseuse : les poumons étaient en état d'hypostase, çà et là splénisés. Il y avait surtout à droite des adhérences pleurales disséminées et étendues en membranes. Épanchement dans les plèvres d'environ 12 onces, les bronches étaient libres.

L'ouverture du sac péricardique donna issue à environ 3 bouteilles d'une masse liquide grumeuse dans laquelle nageait une remarquable masse de flocons jaunes, graisseux. La face externe était tuméfiée et ressemblait à la face interne de l'estomac : elle portait à sa face postérieure une tumeur du volume du poing qui adhérait aussi à la gaine celluleuse des vaisseaux de la trachée.

Cette tumeur était multiloculaire et contenait en même temps que des masses graisseuses, des poils, des débris de cellules épithéliales, un liquide séreux et sanguinolent; sa paroi, en quelques points cartilagineuse, avait la structure de la peau.

7. — Cloetta et Muret, 1861. Femme, vingt ans.

Kyste dermoïde situé à la partie intérieure du lobe inférieur du poumon gauche. Il présentait le volume d'une pomme, renfermait des cheveux implantés, du cartilage et de l'os. Une bronche s'ouvrait dans sa cavité (Lan. et Ach.).

8. — Villard, 1869. Femme, cinquante-cinq ans.

Entrée à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Besnier) le 9 octobre 1869, y succombe en quelques jours à la suite d'accidents cholériformes.

Observation nécropsique. — L'autopsie fit découvrir dans la poitrine, à droite, une tumeur du volume d'une grosse noix située entre les deux feuillets de la plèvre. Elle reposait sur le diaphragme, s'appuyait en dedans au feuillet viscéral de la plèvre et, par sa face externe, adhérait à la paroi costale de même que son bord supérieur adhérait à la base du poumon droit. Cette tumeur présentait une paroi, une coque renfermant un contenu.

Paroi — calcifiée, çà et là du tissu élastique et connectif, nulle trace de glandules; sa face interne et grisâtre et, sur une couche de un demi-millimètre, constituée par des lamelles d'épithélium corné.

Contenu — substance molle, friable, argileuse constituée par des cristaux de margarine et de cholestérine, per des granulations graisseuses abondantes, par quelques hématies et par une substance rappelant les lamelles épithéliales altérées. Pas de poils ni de glandes.

9. — Waldeyer, 1871. Homme, quarante-quatre ans.

Pas de description clinique, mais l'autopsie permet d'affirmer que le malade dut succomber à des accidents pulmonaires déterminés par une production anormale intra-thoracique.

Observation nécropsique. — Dans la moitié inférieure droite du thorax, tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, fluctuante, unie par un tissu conjonctif lâche à la face postérieure de la cage thoracique et descendant en bas jusqu'à la 6e côte. Elle avait comprimé le poumon droit d'avant en arrière et s'était en quelque sorte insérée dans son hile de telle sorte que sa face postérieure touchait, mais sans lui être unie, la face antérieure de ce poumon. Les feuillets de la plèvre, épaissis, étaient unis entre eux comme avec la tumeur par les adhérences conjonctives. Une sorte de pédicule la rattachait au corps thyroïde dont elle recevait une branche artérielle; ses veines se jetaient par un tronc commun avec les thyroïdiennes dans la veine jugulaire.

Dans son développement elle avait abaissé et refoulé à gauche le cœur dont la base était couchée sur le cartilage de la 4e côte gauche et dont la pointe portée dans le 4e espace intercostal allait presque toucher la ligne axillaire.

Aucune modification au larynx ou à la trachée; il y avait broncho-pneumonie diffuse à droite par compression de cet organe.

Paroi. Couche de tissu conjonctif fibrillaire soutenant un épithélium pavimenteux, laissant apercevoir une couche profonde de cellules semblables au réseau de Malpighi et des caroncules.

Contenu. Liquide graisseux mélangé de débris de cellules épithéliales, plates. Dans cette masse il existait des cheveux roussâtres.

10. — Virchow's et Winzer, 1870. Homme, vingt-deux ans et demi, 6 avril 1870 au 14 juin 1870; environ huit semaines pour la durée des accidents terminaux.

K...., canonnier, est admis à l'hôpital d'Erfürt le 6 avril 1870, accusant depuis quelques semaines des frissons vespéraux, des accès de suffocation, des douleurs vives, lancinantes, dans la moitié droite de la poitrine. Toux légère et expectoration banale. Les bruits respiratoires sont perçus mais plus rudes à droite. A la percussion, matité depuis la 3e côte à droite et en avant et en descendant jusqu'à celle du foie qu'elle rejoint; à gauche cette zone de matité touche celle du cœur. En arrière, la matité s'étend de l'angle des deux omoplates jusqu'aux bases, laissant la respiration libre au-dessus de cette ligne. Dans cette zone de matité, pas de respiration pathologique, mais rudesse et augmentation

du frémissement thoracique. Rien au cœur. Le foie est abaissé à la ligne mamillaire de deux travers de doigt.

Bientôt fièvre vespérale. En mai, douleur au côté gauche à la hauteur de la 3e côte et là il se développe, à la hauteur de la jonction du cartilage de cette côte avec l'arc osseux, une petite tumeur qui, en moins de huit jours, prend le développement d'un œuf de pigeon : au moment de la mort elle avait pris le volume du poing.

A ce moment l'examen fait ressortir une augmentation des zones de matité qui, en fin de compte, remonta jusqu'à la 2e côte, envahit la région axillaire tout entière, envahissant en un mot toute la poitrine. La malade succomba le 14 juin. On avait porté le diagnostic de pleurésie encapsulée à siège anormal.

Observation nécropsique. — Tumeur entourée de graisse surtout à la base et au bord interne et très vascularisée à sa surface externe. Elle remplissait la plus grande partie de la moitié droite de la cavité thoracique, dépassait à gauche le sternum et avait dévié les deux poumons, le droit surtout qui était comprimé en haut et en arrière et adhérait à la tumeur par son lobe inférieur. La partie droite du sternum était refoulée en bas et à droite, repoussant le foie presque dans la fosse iliaque, de telle sorte que sa face supérieure était tournée à droite et sa face inférieure en arrière et à gauche. Le cœur, petit, était comprimé et repoussé en haut et à gauche.

Contenu. Liquide colloïde de coloration sanguine. La tumeur était complexe, contenait divers tissus, notamment des fibres musculaires striées, du cartilage hyalin, de petits kystes tapissés d'épithéliums cylindriques et vibratiles, de l'épiderme et des poils.

11. — Gloeser et Danzel, 1874. Dans une autopsie cet auteur trouva dans une bronche une tumeur dermoïde contenant des poils.

12. — Poehn, 1874. Nous n'avons pu nous procurer ce travail (thèse inaugurale de Marburg) qui donne une observation de dermoïde médiastinal.

13. — Paget, 1883. Homme.

Observation nécropsique. — Cas d'une tumeur dermoïde (avec poils et glandes sébacées) située profondément derrière la première pièce du sternum.

14. — Le Bêle [1], 1882-83. Homme, vingt-deux ans.

Accès de fièvre très fréquents. Au manubrium sternal se trouvait une tumeur réductible de la grosseur d'une noix ouverte par les pâtes caustiques. Le contenu était séro-purulent.

15. — Roser [2]. Ce chirurgien aurait fait pour la première fois, à titre de contre-ouverture, la trépanation du sternum et le drainage pour une tumeur médiastine, saillante au-dessus de la fourchette sternale et reconnue dermoïde après ouverture.

16. — Finkler [3]. Cet auteur signale une tumeur complexe du médiastin formée par le mélange d'un lymphôme et d'un kyste dermoïde.

17. — Kuchmann, 1888. C'est un cas de la clinique de Roser.

Observation nécropsique. — Kyste dermoïde situé à gauche de la ligne médiane cervicale et de la grosseur d'un œuf d'oie. Il comprimait la trachée; il y avait eu perforation de l'arbre bronchique et par là évacuation d'une partie du contenu de la tumeur qui occupait le médiastin antérieur en avant des poumons. Il y eut pneumonie dans ce cas et expulsion de cheveux dans les crachats.

1. Le Bêle, *Bulletin Soc. méd. de la Sarthe*, Le Mans, 1882-1883.
2. In Kœnig, *Traité de path. chir.*, trad. française, 1887.
3. Finkler, *Berlin Klin. Wochensch.*, 1887. — Cité par Peyrot, *Traité de chirurgie.*

18 et 19. — W. Pinders [1], 1888. Thèse inaugurale (Bonn).

Observation nécropsique. — 2 cas (sans renseignements) de kystes du médiastin antérieur.

20. — Loevenmeyer, 1888. Homme.

Quatre années avant, malade et soigné pour hémoptysie avec pleurésie à gauche compliquée d'épanchement considérable. Il persista alors une voussure de la moitié gauche du thorax avec zone et matité de la clavicule à la 6e côte environ. Le cœur ne donnait pas à la place ordinaire le choc de la pointe, mais il y avait un ébranlement du côté droit de la poitrine avec pulsations épigastriques. Le diagnostic fut hésitant entre un processus aigu du péricarde, de la plèvre ou du poumon et un anévrysme de l'aorte malgré l'absence de bien des signes de cette affection.

Après un an de calme sans troubles vasculaires ou nerveux, subitement crises de dyspnée avec cyanose.

Il dut être hospitalisé; la morphine calmait ses crises qui se reproduisaient d'ordinaire deux fois en vingt-quatre heures jusqu'à la mort, qui fut rapide.

Observation nécropsique. — Tumeur grosse comme une tête d'enfant occupant la cavité thoracique gauche, sans adhérences avec la face correspondante du thorax, mais au contraire ayant des connexions intimes dans tous les autres points avec les organes avoisinants (cœur et vaisseaux). Le cœur fixé au diaphragme et à la tumeur était gêné dans son fonctionnement. Les poumons hyperémiés ne présentaient aucune autre anomalie.

La tumeur à parois graisseuses fut examinée par Virchow. Il s'agissait d'un kyste dermoïde multiloculaire, contenant dans toutes ses loges une masse gris jaunâtre à consistance de bouillie avec des cheveux.

L'auteur pense qu'une ponction évacuatrice eût été sans danger pour le patient.

21. — Godlee [2], avril 1889. Femme, trente ans.

Après une vomique, voussure au niveau de la région axillaire. La tumeur ouverte, on trouva une cavité contenant des cheveux. Cette poche était de la peau avec des touffes de poils.

Observation nécropsique. — Kyste dermoïde du côté droit de la poitrine communiquant avec une bronche.

22. — Marfan, 1891. Homme, trente ans.

Alcoolique invétéré admis à Necker le 17 juillet (service de M. Peter) avec les symptômes d'un embarras gastrique apyrétique. Les nuits qui suivirent il fut agité et délira : après quelques jours, observés sans aucune rémission des accidents, mort dans le coma le 22 juillet.

Observation nécropsique. — Mort de granulie. En outre derrière le sternum, de la base du cou au péricarde, en avant des gros vaisseaux, masse blanchâtre du volume des deux poings qui incisée laisse voir des poils blancs et une matière sébacée très épaisse.

Le kyste occupe la portion supérieure et juxta-sternale du médiastin antérieur; il est isolé des organes voisins, sans adhérences avec la paroi thoracique, mais adhérent solidement avec le péricarde qui le limite inférieurement, faibles adhérences facilement rompues avec les bords antérieurs des poumons. Les organes voisins (cœur, péricarde, vaisseaux) sont sans altération; il existait seulement une pression modérée sur l'aorte et l'artère pulmonaire.

Paroi. — De 1 à 2 millimètres d'épaisseur, formée par du tissu conjonctif fasciculé non revêtu par un épithélium. Celui-ci faisait défaut partout, faisant supposer ainsi, ajoute l'auteur, qu'il y avait dégénérescence des éléments épidermiques et que la tumeur avait depuis longtemps cessé d'évoluer.

Contenu. — La surface interne est inégale : une seule cavité renfermant uni-

1. In *Revue des Sciences médicales de Hayem.*
2. In *Revue de Hayem,* 1889 (*Royal med. and chir. Soc.*), cité par Peyrot.

quement de la graisse et des poils blancs nombreux et longs dont quelques-uns s'insèrent sur la paroi.

23. — J. Dardignac, 1894. Militaire, vingt-deux ans.

Hospitalisé d'urgence en mai 1893 pour des accidents de suffocation occasionnés par le développement rapide d'une tumeur intra-thoracique vidée par aspiration quatre années auparavant en 1889, à l'hôpital Saint-Antoine. Cette tumeur prise alors pour un kyste hydatique (du foie ou de la plèvre) avait depuis contracté des adhérences avec la 4e côte droite qui était visiblement soulevée, projetée en haut et altérée dans sa nutrition. Le diagnostic de l'adhérence porté, résection de 5 centimètres de la 4e côte, large ouverture de la poche qui évacue environ 1800 grammes de liquide mélangé de matière sébacée et de poils par touffes. Drainage de la cavité. Guérison rapide, mais relative, par fistule thoracique persistante, l'énucléation partielle ou totale de la paroi kystique paraissant impossible et dangereuse, en raison des adhérences contractées par elles avec les organes contenus dans le médiastin antérieur [1].

1. Ce malade a été présenté à la Société de chirurgie au cours de la séance du 9 mai 1894.

La *Revue de médecine* et la *Revue de chirurgie*, qui constituent la 2e série de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, paraissent tous les mois, chacune formant une livraison grand in-8 de 5 à 6 feuilles.

S'ADRESSER POUR LA RÉDACTION :

Revue de médecine : à M. le **Dr Landouzy**, 4, rue Chauveau-Lagarde, à Paris, ou à M. le **Dr Lépine**, 30, place Bellecour, à Lyon.

Revue de chirurgie : à M. le Dr **Nicaise**, 37, boulevard Malesherbes, ou à M. le Dr **F. Terrier**, 3, rue de Copenhague, à Paris.

POUR L'ADMINISTRATION :

A M. **Félix Alcan**, libraire-éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour chaque Revue séparée.		Pour les deux Revues réunies.	
Un an, Paris	**20** fr.	Un an, Paris	**35** fr.
— Départements et étranger.	**23** fr.	— Départements et étranger.	**40** fr.

La livraison : 2 francs.

Les quatre années de la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (1877, 1878, 1879 et 1880) se vendent chacune séparément 20 fr.; la livraison, 2 fr.

Les onze premières années (1881 à 1892) de la *Revue de médecine* ou de la *Revue de chirurgie* se vendent le même prix.

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

RÉCENTES PUBLICATIONS :

L'alimentation des nouveau-nés. Hygiène de l'allaitement artificiel, par le Docteur **Séverin ICARD**, médecin de la Grande-Miséricorde (Service des enfants). Ouvrage couronné par l'Académie de médecine et par la Société protectrice de l'enfance. 1 vol. in-12 avec 60 fig. dans le texte, en élégant cartonnage anglais. . . . . 4 fr.

Hygiène de l'alimentation dans l'état de santé et de maladie, par le Docteur **J. LAUMONIER**. 1 vol. in-12 avec gravures dans le texte en élégant cartonnage anglais . . . . . 4 fr.

Nervosisme ou Neurasthénie. *La maladie du siècle* et les divers moyens de la combattre, par le Dr **V. BOREL**. 1 vol. in-8 ..... 3 fr.

La Blennorrhagie *et ses complications*, d'après les dernières données scientifiques et de nombreuses recherches personnelles, par le Docteur **E. FINGER**, Docent à l'Université de Vienne. Traduit d'après la 3e édition allemande (1893) par le Docteur **A. Hogge**, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Université de Liège. 1 vol. gr. in-8 avec 36 gravures dans le texte et 7 planches en chromolithographie hors texte. . . . . **12** fr.

Du même auteur : **La Syphilis**, traduit de l'allemand par MM. les Docteurs **Doyon** et **Spillmann**. 1 vol. grand in-8 (*sous presse*).

Nouveau Formulaire magistral, **Trentième édition**, collationnée avec le nouveau Codex, revue et augmentée de formules nouvelles et de la *Liste des mets permis aux glycosuriques*, par **A. BOUCHARDAT**, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc., et **G. BOUCHARDAT**, membre de l'Académie de médecine, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, agrégé de la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-18, broché, **3** fr. **50**; cartonnage souple à l'anglaise, **4** fr.; relié, **4** fr. **50**.

Eléments d'anatomie et de physiologie génitale et obstétricale, précédés de la *Description sommaire du corps humain*, à l'usage des Sages-femmes, par le Dr **A. POZZI**, Professeur à l'Ecole de médecine de Reims, ancien interne des hôpitaux de Paris, lauréat du Congrès français de chirurgie. — 1 vol. in-12 avec 219 fig. dans le texte, en élégant cartonnage anglais..... 4 fr.

La librairie Félix ALCAN se charge de fournir franco, à domicile, à Paris, en province et à l'étranger, tous les livres publiés par les différents éditeurs de Paris, aux prix de catalogue.

LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN

VIENNENT DE PARAITRE

DÉGÉNÉRÉS ET DÉSÉQUILIBRÉS

Par le Dr J. DALLEMAGNE

Agrégé-suppléant à la Faculté de médecine de l'Université libre de Bruxelles

Extrait de la table des matières : La personnalité humaine. — Les données de l'inconscient. — Le champ de la conscience. — Origines et limites du groupe des dégénérés. — Les causes de la dégénérescence et du déséquilibrement. — Les stigmates de la dégénérescence et du déséquilibrement. — Les dégénérés inférieurs. — Les épilepsies. — Étiologie et mécanisme des épilepsies. — Épileptiques et dégénérés. — Les modalités de l'hystérie. — Schizomanes génériques et dégénérescence. — Les neurasthéniques. — Les psychopathies sexuelles. — L'impulsivité morbide. — L'émotivité et l'intellectualité morbides. — Dégénérescence et criminalité.

1 fort volume grand in-8 de 638-X pages . . . . . 12 fr.

RECHERCHES CLINIQUES & THÉRAPEUTIQUES

SUR

L'ÉPILEPSIE, L'HYSTÉRIE, L'IDIOTIE ET L'HYDROCÉPHALIE

Compte rendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre
(*année 1893*)

Par le Dr BOURNEVILLE,

Médecin de Bicêtre.

Tome XIV, 1 volume in-8 avec 89 figures dans le texte et une planche . . . 9 fr.

LES ÉTATS INTELLECTUELS

DANS

LA MÉLANCOLIE

Par le Dr G. DUMAS

Ancien élève de l'École normale supérieure, agrégé de philosophie

1 volume in-12 de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine* . . . 3 fr. 50

SOUS PRESSE POUR PARAITRE LE 15 OCTOBRE :

Traité d'Ophtalmologie, par les docteurs H. Nimier, médecin-major, agrégé libre du Val-de-Grâce, et F. Desfarges, 1 fort vol. grand in-8 de 900 pages avec 400 figures dans le texte et une planche hors texte, cart. à l'anglaise . . . . . 20 fr.

Coulommiers.— Imp. Paul Brodard.